**- DISTRETTO SCOLASTICO N.57 -**

**ISTITUTO COMPRENSIVO “*G. Romano*”**

*Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di 1° Grado*

**AUTONOMIA SA3K4 - C.F. 91027500650**

Via V. Veneto, 42 - **84025 - E B O L I (SA)** Tel. 0828/332006 – 0828/365523

E-MAIL: saic852004@istruzione.it- PEC:saic852004@pec.istruzione.it sito: icgiacintoromanoeboli.it

**OGGETTO: Richiestastrumenti compensativi studenti DSA prove INVALSI**

Il Consiglio di Classe della ………. sezione ……… della primaria/ secondaria nella figura del coordinatore/ coordinatrice, sentito il parere del docente di sostegno,

□decretai seguenti strumenti compensativi per ogni alunno.

Alunno/a: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Alunno/a:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il Consiglio garantisceche tali strumenti sono già previsti nel P.D.P.

□decreta che il/la/ i seguenti/e alunno/a/i non necessitano di strumenti compensativi.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Data FIRMA del coordinatore/trice**

**Eboli,**

***……………………………………………………..***